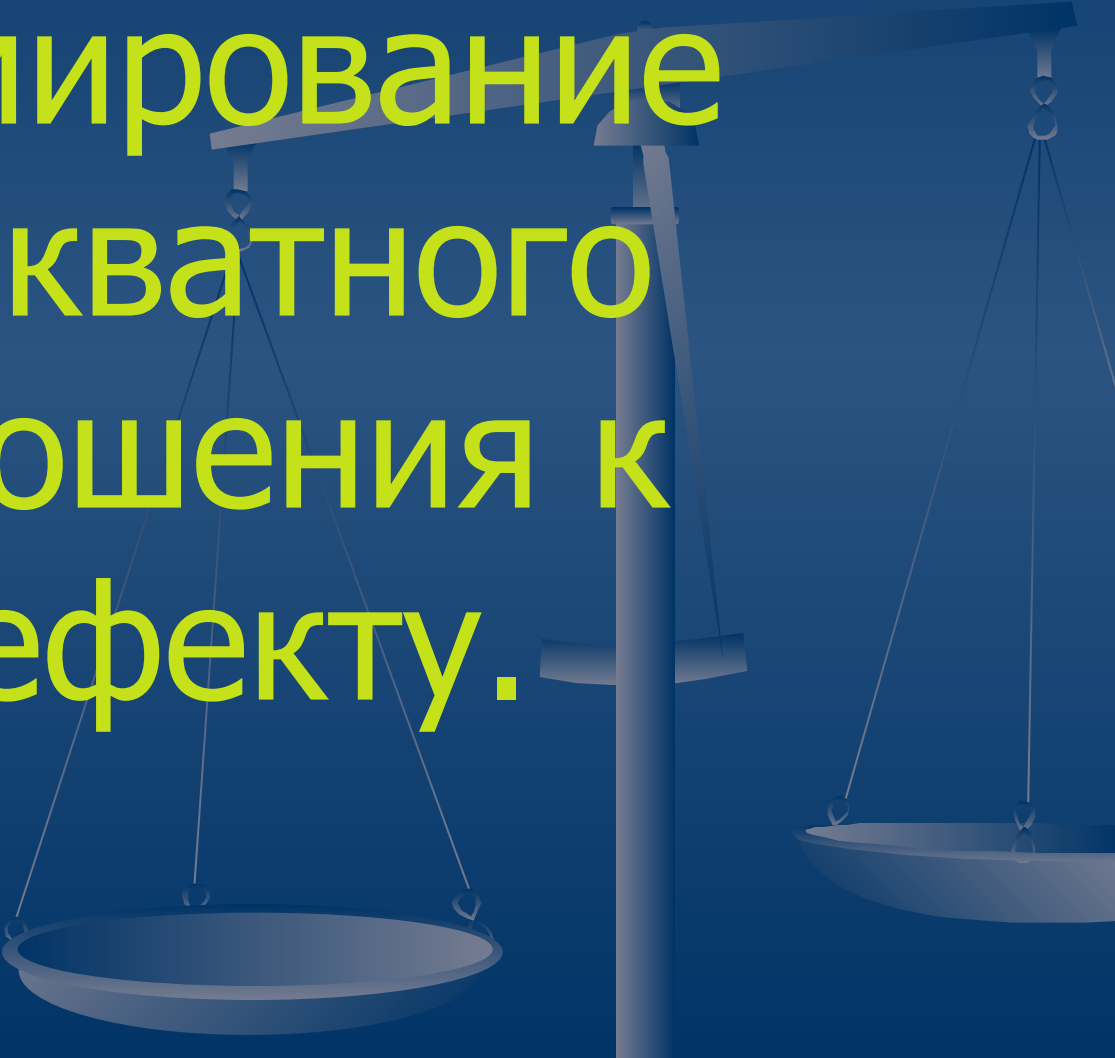


Формирование
адекватного
отношения к
дефекту.



Реабилитолог

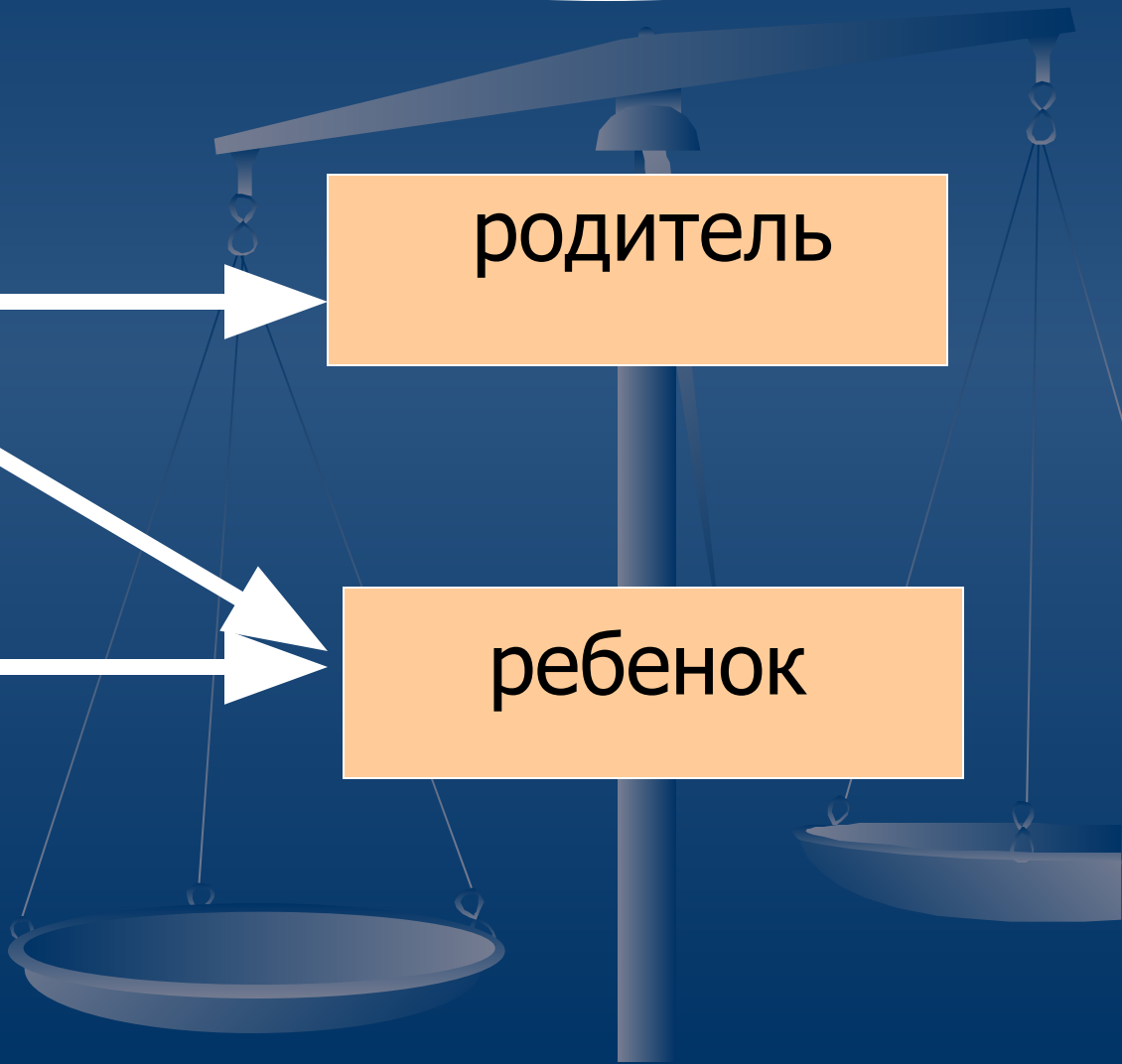
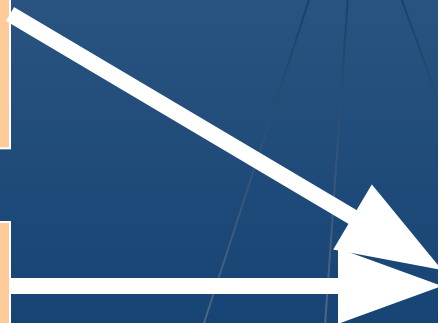
Реабилитант

учитель
воспитатель
специалисты
медики

родители

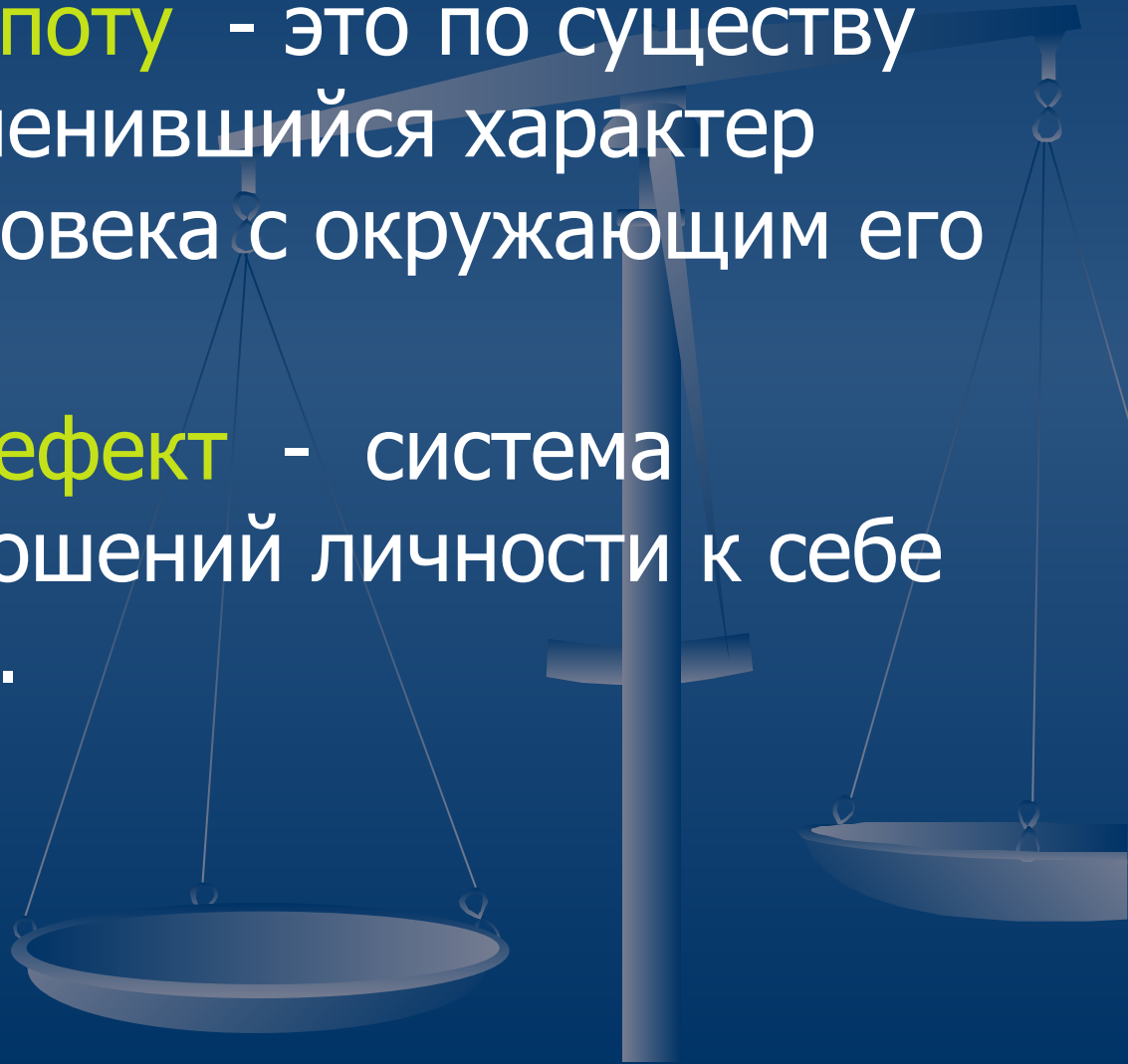
родитель

ребенок



Основные понятия:

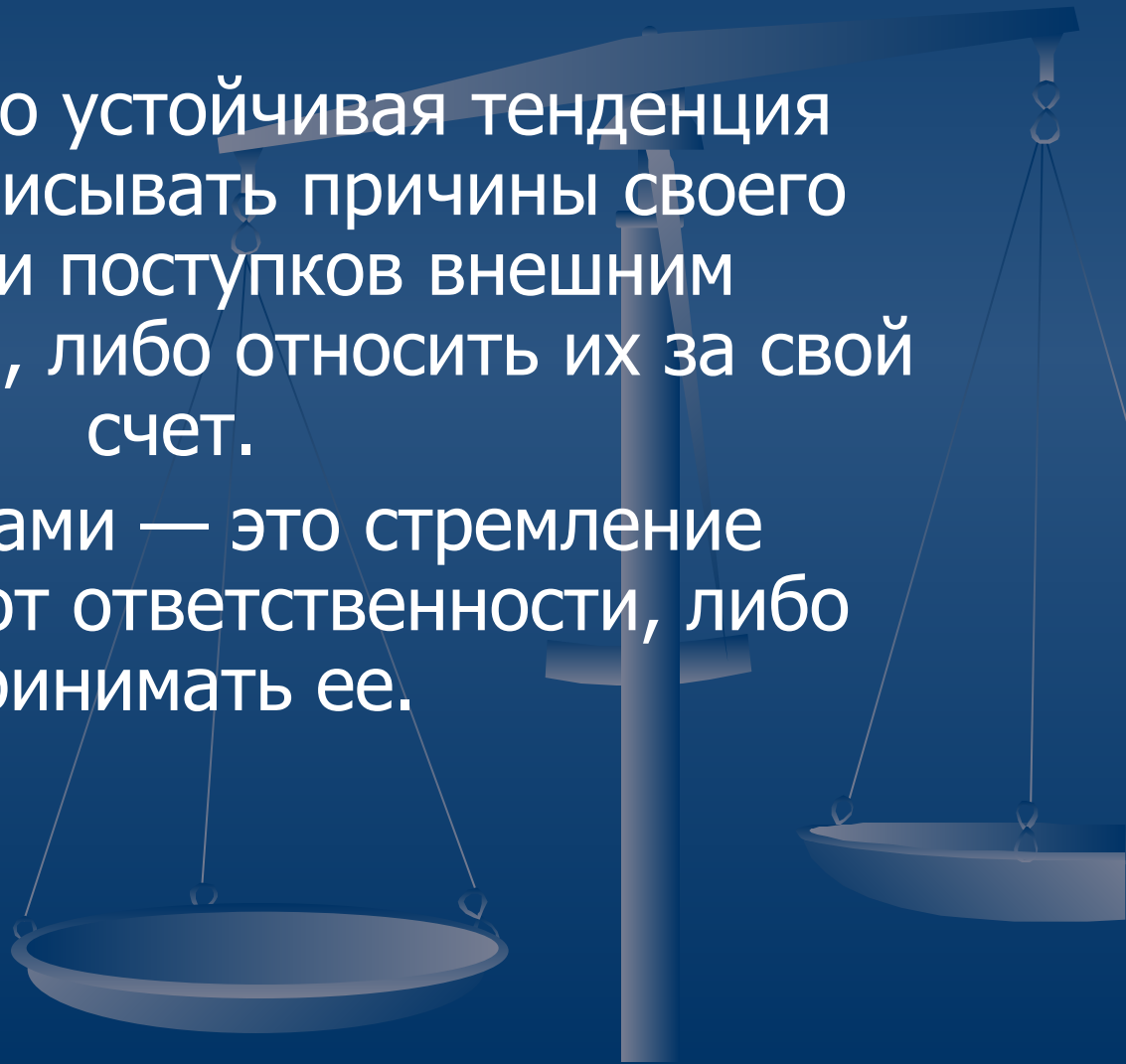
- **Реакция на слепоту** - это по существу реакция на изменившийся характер отношений человека с окружающим его миром.
- **Установка на дефект** - система взглядов и отношений личности к себе как к инвалиду.



“ЛОКУС КОНТРОЛЯ”

Это достаточно устойчивая тенденция личности приписывать причины своего поведения и поступков внешним обстоятельствам, либо относить их за свой счет.

Иными словами — это стремление отказываться от ответственности, либо принимать ее.



Экстернальный тип (отказ от ответственности)

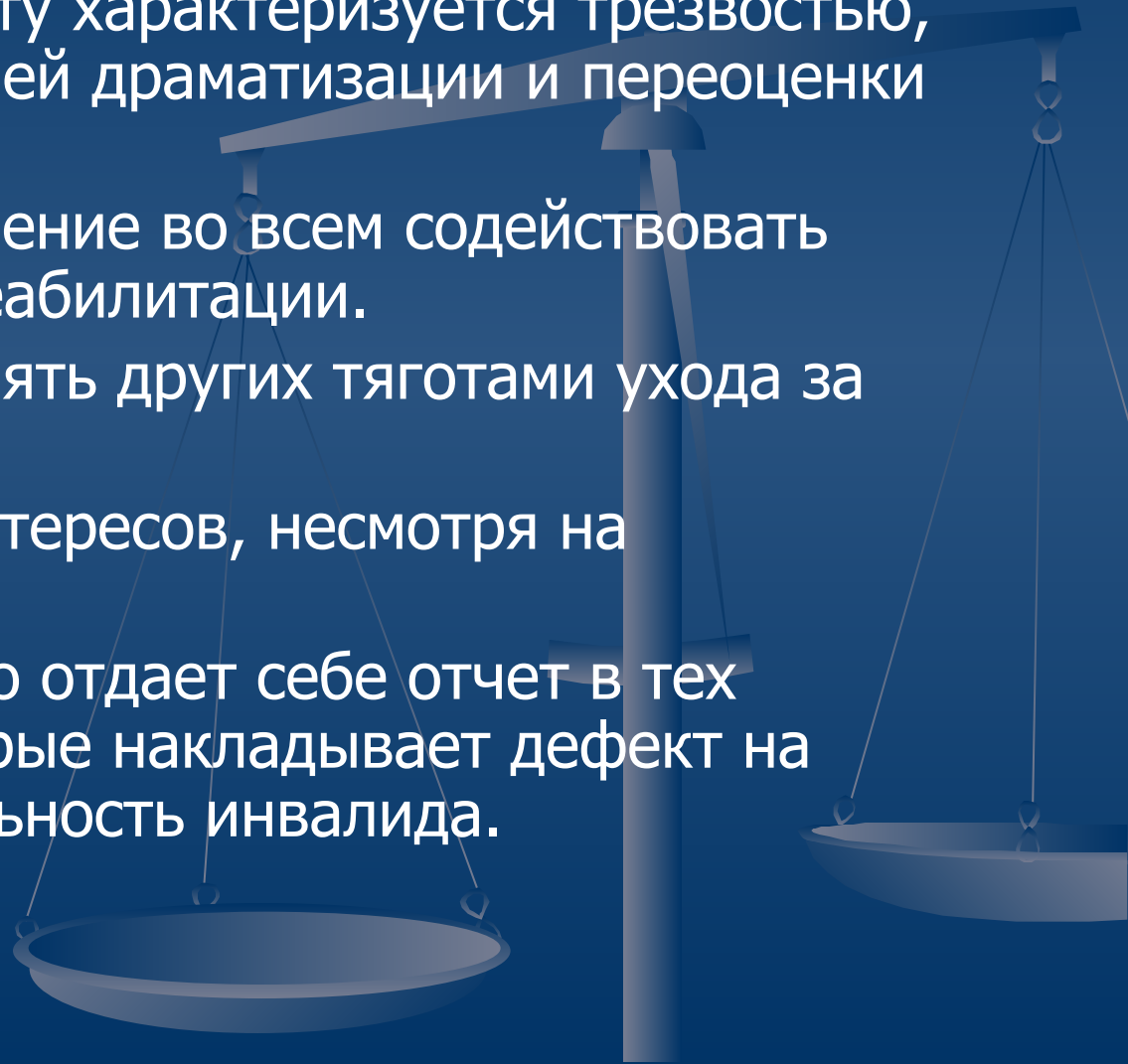
- чаще всего встречаются люди склонные к тревоге и депрессии;
- свойственно воспринимать события жизни как случай;
- чаще жалуются на ощущение бессмысленности жизни, ее отчужденности, что является еще одним причиной тревог и депрессий, снижая при этом ожидания любой и симпатии со стороны других людей;
- они долго помнят свои неудачи.

Интернальный тип (принятие ответственности)

- случай в жизни не имеет принципиального значения
- временная перспектива охватывает значительно более дальнюю зону как в будущем, так и в прошлом;
- будущее насыщено большим количеством событий;
- течение времени относительно к будущему представляется более быстрым;
- более удовлетворены собой;
- более склонны забывать или не воспринимать информацию, угрожающую их самосознанию.

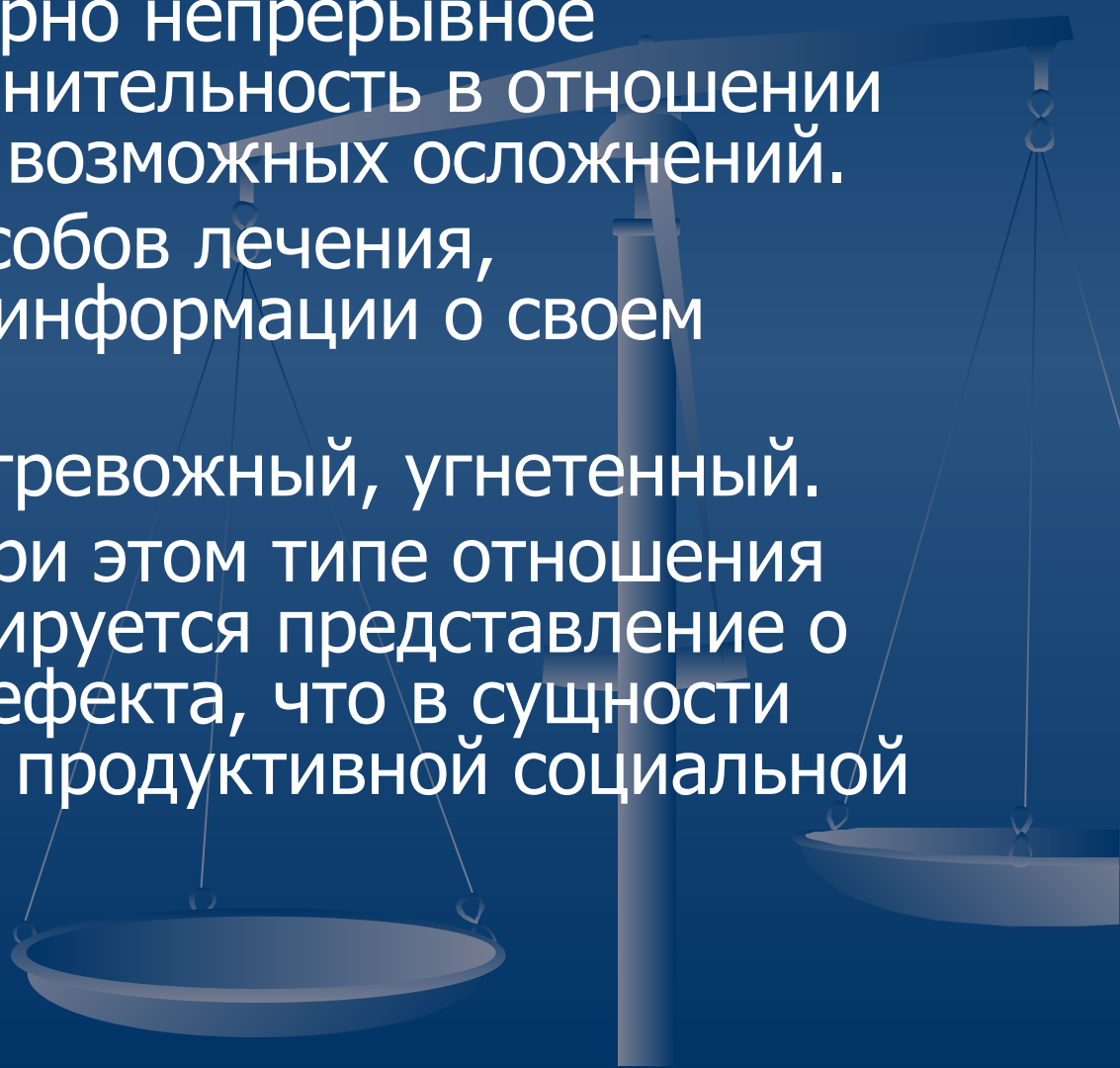
1. Гармоничный тип.

- Отношение к дефекту характеризуется трезвостью, отсутствием излишней драматизации и переоценки тяжести дефекта.
- Проявляется стремление во всем содействовать успеху лечения и реабилитации.
- Нежелание обременять других тяготами ухода за собой.
- Широкий спектр интересов, несмотря на инвалидность.
- Вместе с тем хорошо отдает себе отчет в тех ограничениях, которые накладывает дефект на поведение и деятельность инвалида.



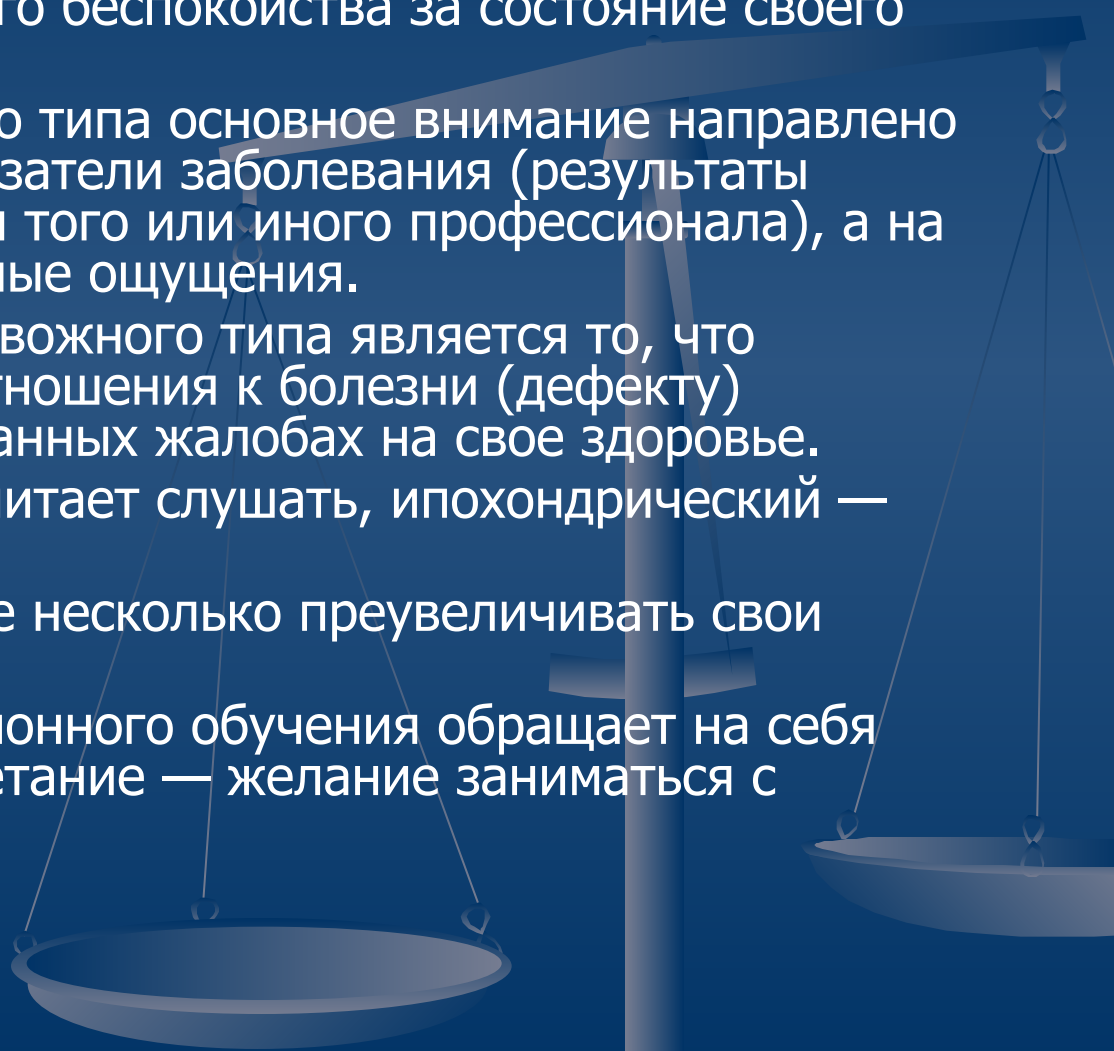
2. Тревожный тип.

- Для него характерно непрерывное беспокойство и мнительность в отношении своего здоровья, возможных осложнений.
- Поиск новых способов лечения, дополнительной информации о своем заболевании.
- Фон настроения тревожный, угнетенный.
- В ряде случаев при этом типе отношения подолгу не формируется представление о необратимости дефекта, что в сущности мешает процессу продуктивной социальной адаптации.

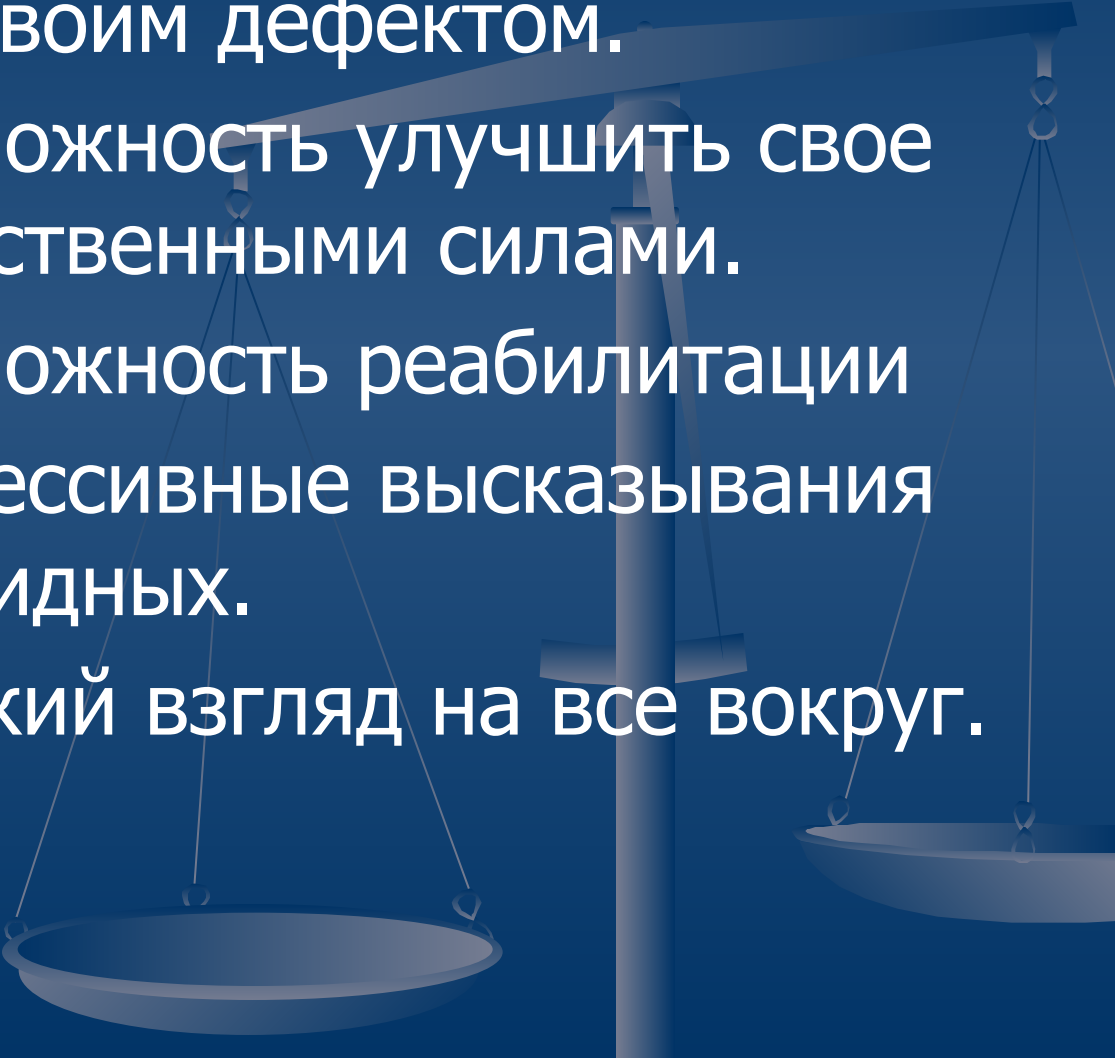


3. Ипохондрический тип.

- Проявление повышенного беспокойства за состояние своего здоровья.
- В отличие от тревожного типа основное внимание направлено не на объективные показатели заболевания (результаты анализов, высказывания того или иного профессионала), а на собственные субъективные ощущения.
- Другим отличием от тревожного типа является то, что ипохондрический тип отношения к болезни (дефекту) проявляется в беспрестанных жалобах на свое здоровье.
- Тревожный тип предпочитает слушать, ипохондрический — говорить
- Свойственно стремление несколько преувеличивать свои затруднения.
- В процессе реабилитационного обучения обращает на себя внимание странное сочетание — желание заниматься с неверием в успех.

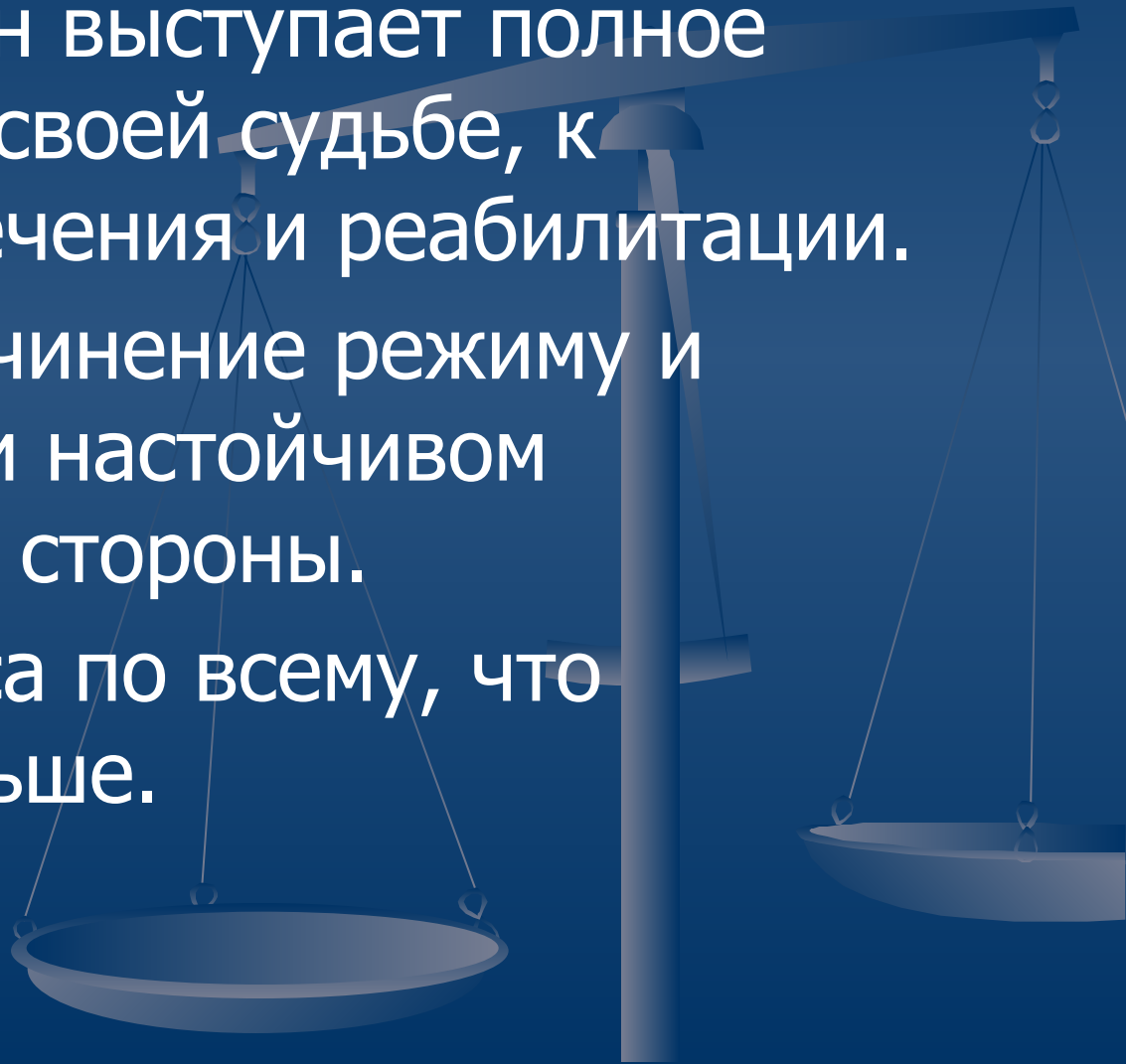


4. Меланхолический тип.

- Удрученность своим дефектом.
 - Неверие в возможность улучшить свое положение собственными силами.
 - Неверие в возможность реабилитации
 - Активные депрессивные высказывания вплоть до суицидных.
 - Пессимистический взгляд на все вокруг.
- 

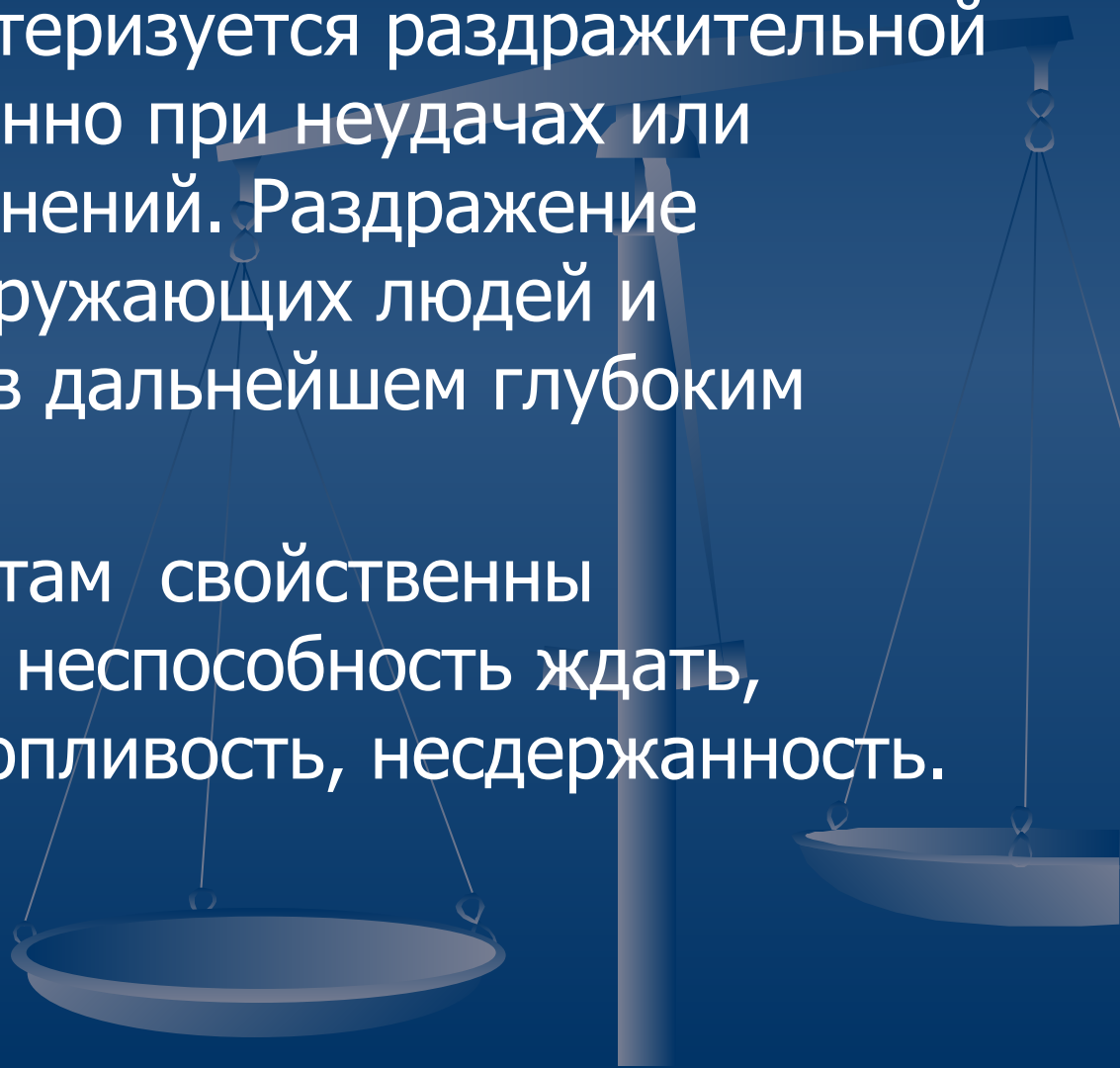
5. Апатический тип.

- На первый план выступает полное безразличие к своей судьбе, к результатам лечения и реабилитации.
- Пассивное подчинение режиму и распорядку при настойчивом побуждении со стороны.
- Утрата интереса по всему, что волновало раньше.



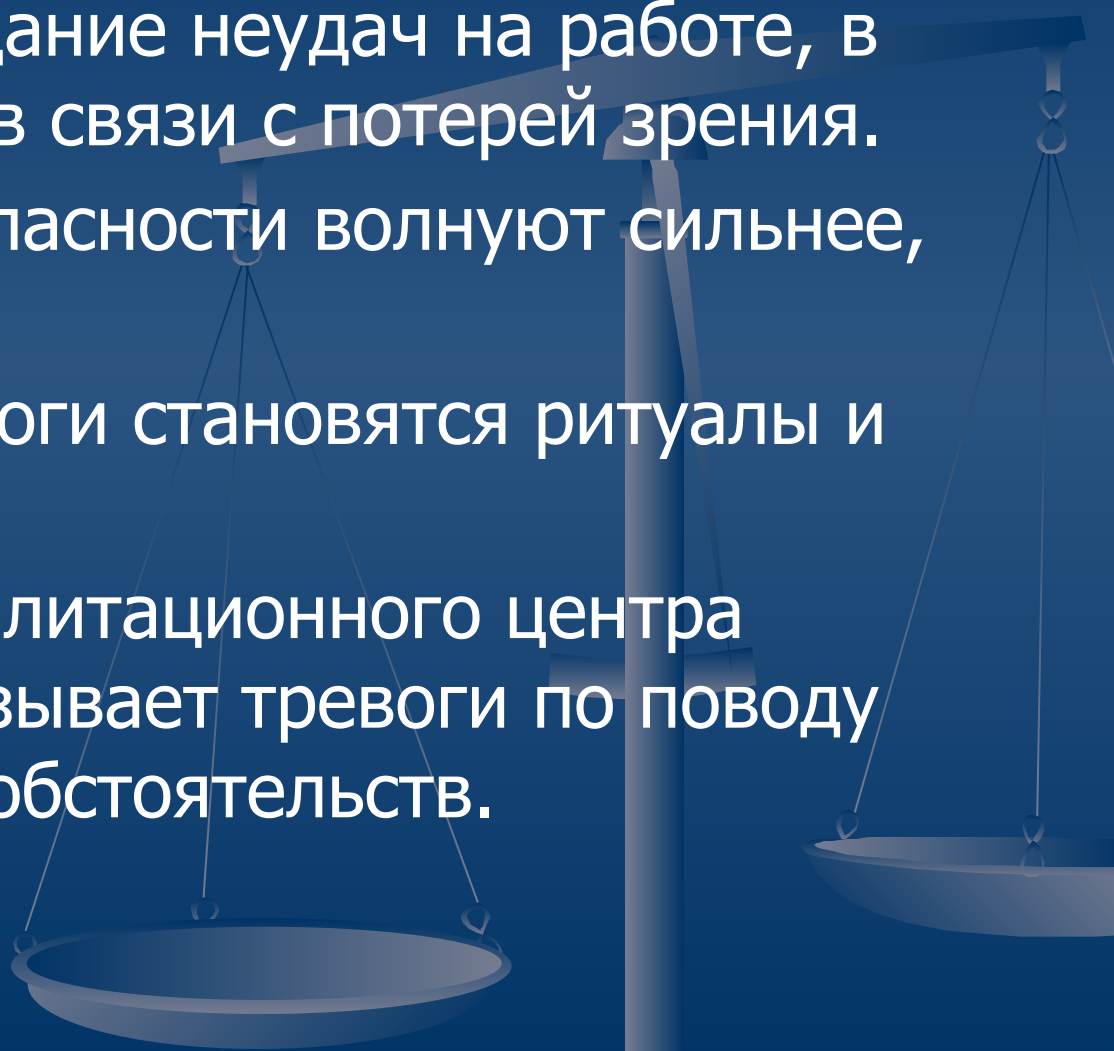
6. Неврастенический тип.

- Поведение характеризуется раздражительной слабостью, особенно при неудачах или ситуациях затруднений. Раздражение изливается на окружающих людей и сопровождается в дальнейшем глубоким раскаянием.
- Этим реабилитантам свойственны нетерпеливость, неспособность ждать, суетливость, торопливость, несдержанность.



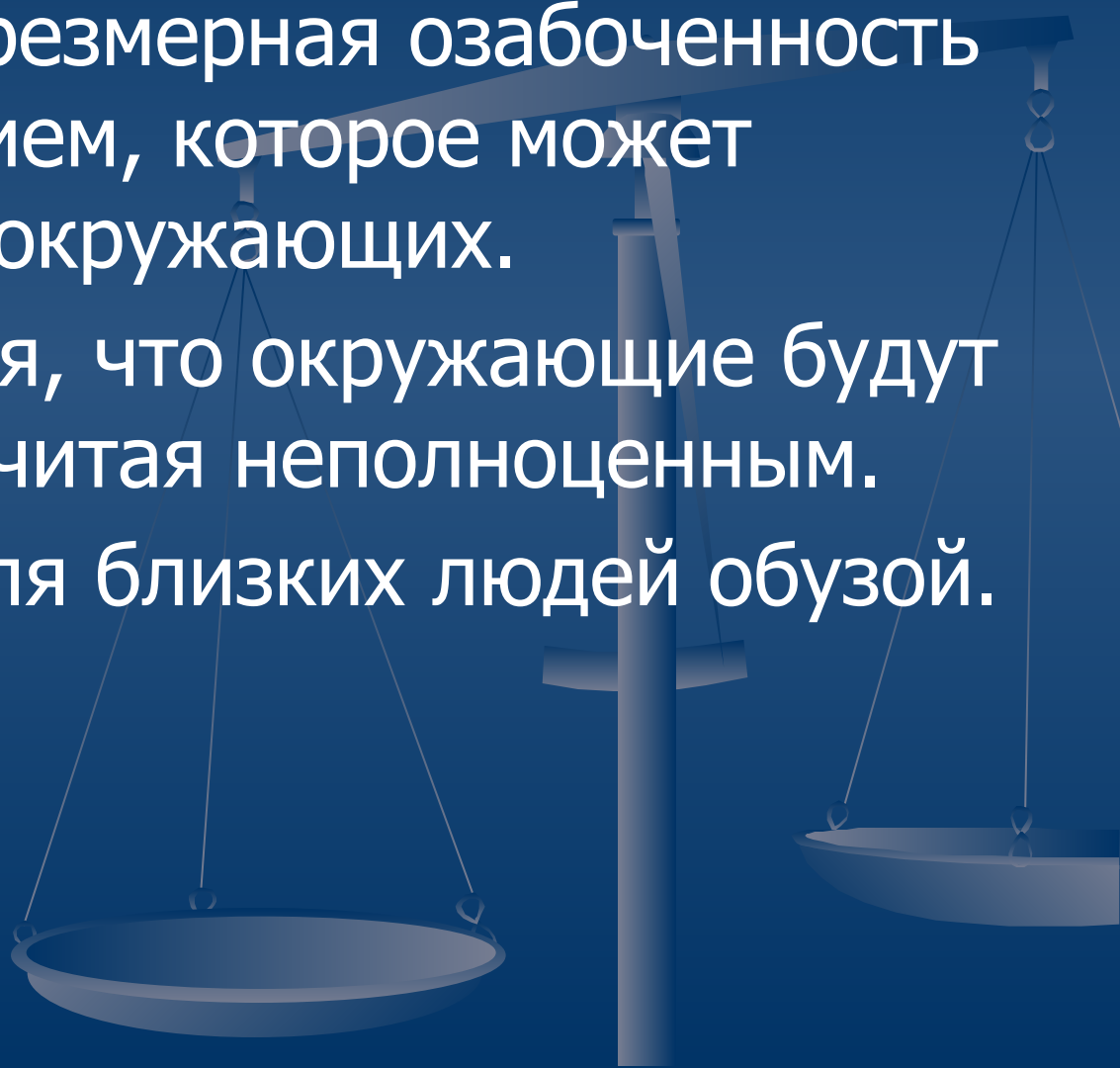
7. Обсессивно-фобический тип.

- Постоянное ожидание неудач на работе, в семейной жизни в связи с потерей зрения.
- Воображаемые опасности волнуют сильнее, чем реальные.
- Защитой от тревоги становятся ритуалы и приметы.
- В условиях реабилитационного центра постоянно высказывает тревоги по поводу домашних дел и обстоятельств.



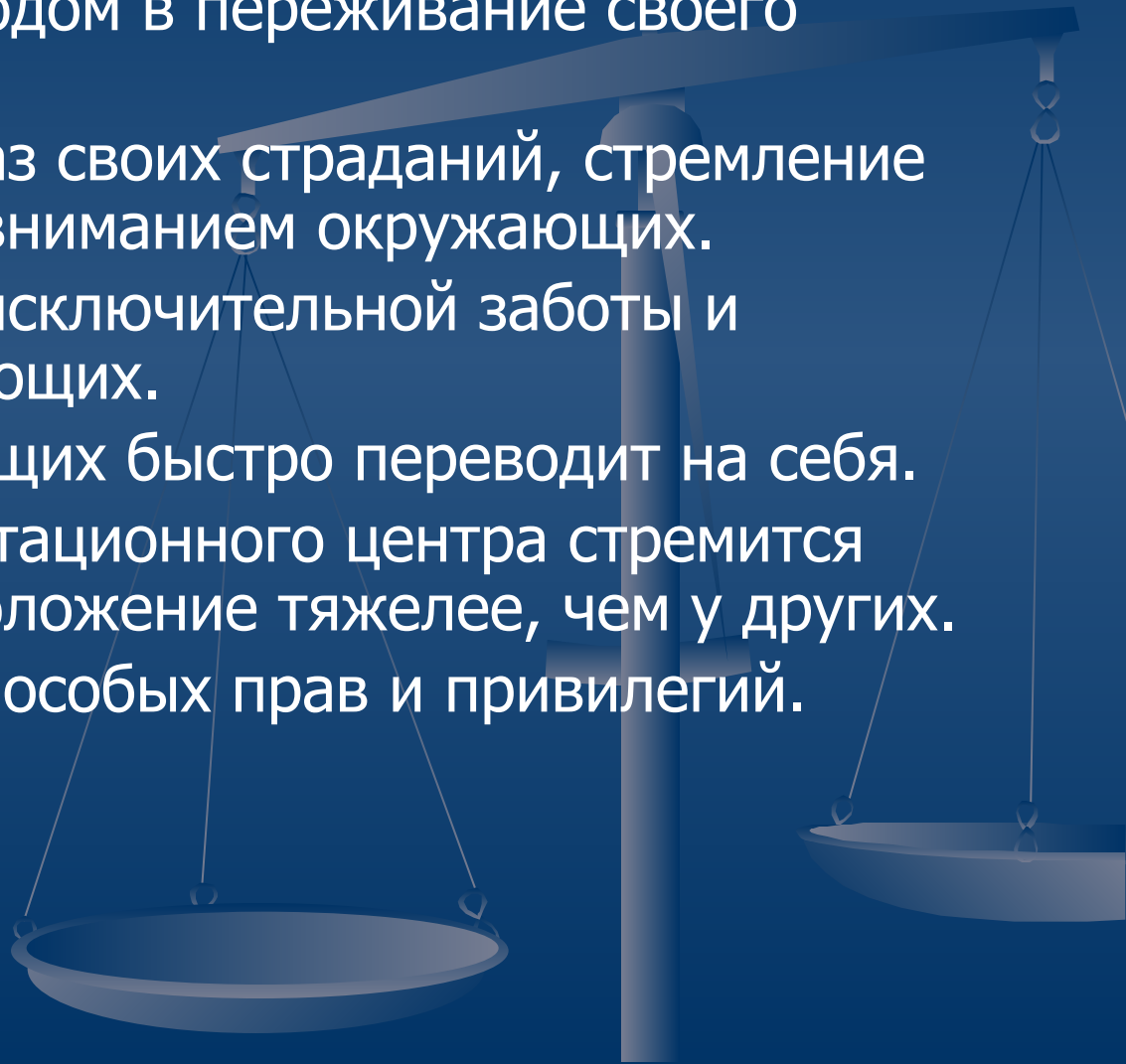
8. Сензитивный тип.

- Свойственна чрезмерная озабоченность тем впечатлением, которое может произвести на окружающих.
- Часто опасается, что окружающие будут избегать его, считая неполноценным.
- Боязнь стать для близких людей обузой.

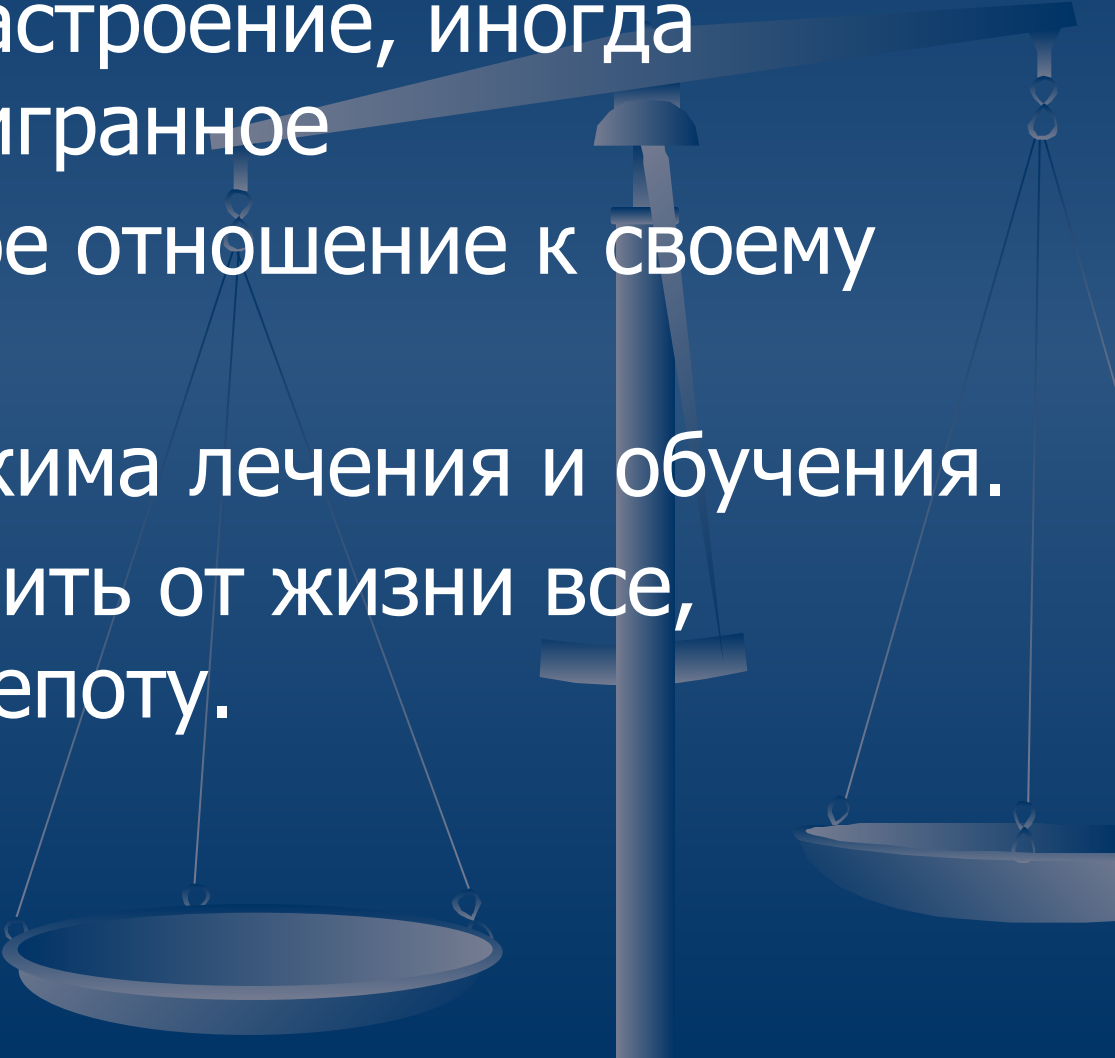


9. Эгоцентрический тип.

- Характеризуется уходом в переживание своего несчастья.
- Выставление напоказ своих страданий, стремление всецело завладеть вниманием окружающих.
- Требование к себе исключительной заботы и самоотдачи окружающих.
- Разговоры окружающих быстро переводит на себя.
- В условиях реабилитационного центра стремится доказать, что его положение тяжелее, чем у других.
- Стараются добиться особых прав и привилегий.

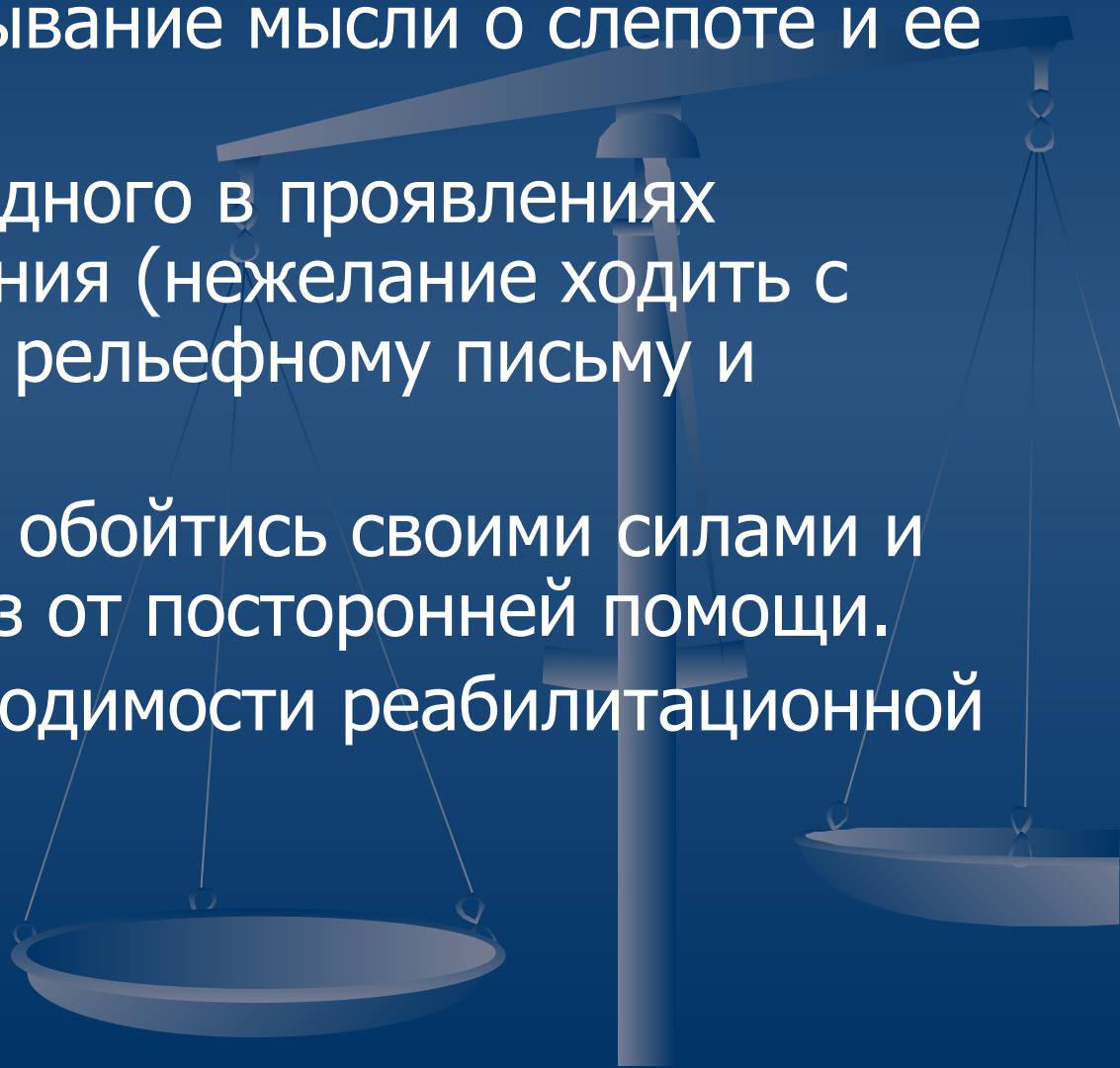


10. Эйфорический тип.

- Повышенное настроение, иногда специально наигранное
 - Легкомысленное отношение к своему состоянию.
 - Нарушения режима лечения и обучения.
 - Желание получить от жизни все, несмотря на слепоту.
- 

11. Анозогнозический тип.

- Активное отбрасывание мысли о слепоте и ее последствиях.
- Отрицание очевидного в проявлениях нарушенного зрения (нежелание ходить с тростью, учиться рельефному письму и чтению и пр.).
- Желание во всем обойтись своими силами и средствами, отказ от посторонней помощи.
- Отрицание необходимости реабилитационной работы.



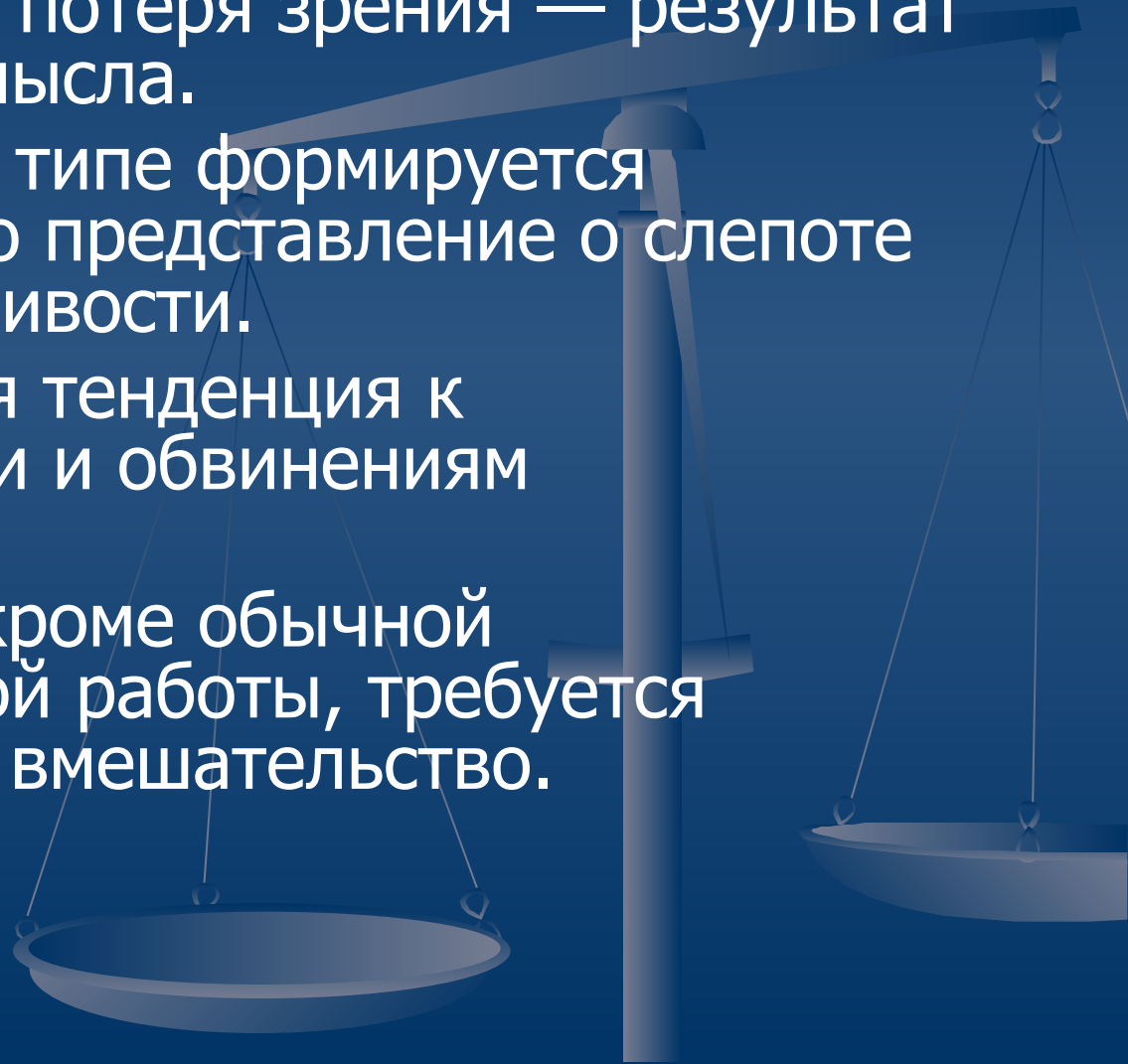
12. Эргонетический тип.

- Уход в работу.
- Труд носит ожесточенный характер, ему отдается все время и все силы.



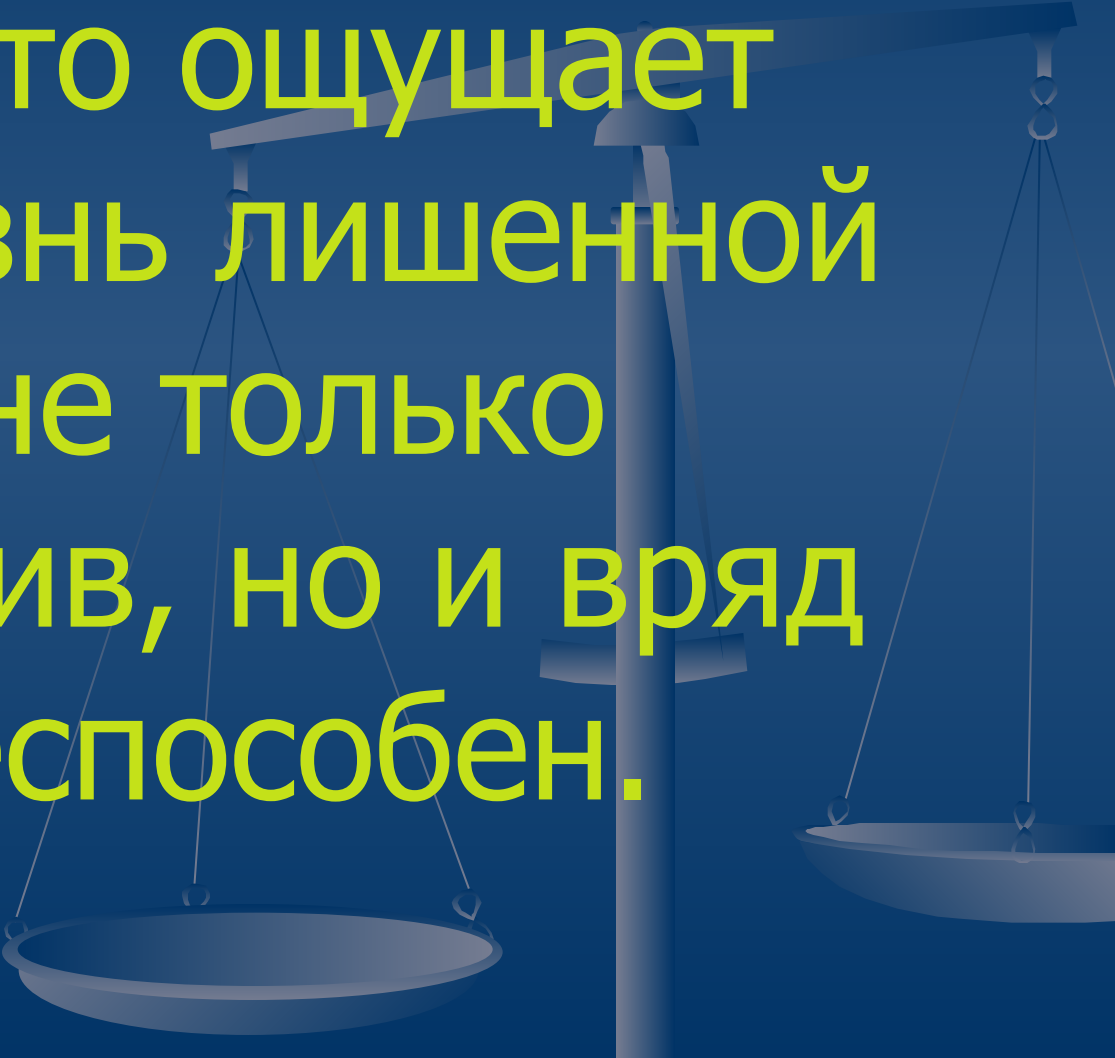
13. Паранойяльный тип.

- Уверенность, что потеря зрения — результат чьего-то злого умысла.
- Именно при этом типе формируется преимущественно представление о слепоте как о несправедливости.
- Ярко проявляется тенденция к подозрительности и обвинениям окружающих.
- В ряде случаев, кроме обычной реабилитационной работы, требуется психиатрическое вмешательство.



А. Эйнштейн

... ТОТ, КТО ОЩУЩАЕТ
СВОЮ ЖИЗНЬ ЛИШЕННОЙ
СМЫСЛА, НЕ ТОЛЬКО
НЕСЧАСТЛИВ, НО И ВЯРД
ЛИ ЖИЗНЕСПОСОБЕН.



Ницше

“У кого есть зачем
жить, может вынести
почти любое Как”.



Принципы общения

К. Роджерс.

- 1) эмпатия;
- 2) безусловное позитивное отношение к реабилитанту;
- 3) искренность и неподдельность в общении с ним.



Отношения	Словесная реакция
— частые критичные высказывания в свой адрес	“Я никогда не смогу этому научиться...”;
— негативные ожидания в отношении ситуации соревнования	“Чего переживать. У меня все равно никаких шансов нет...”;
— критическое отношение к успехам других	“Ему просто повезло...”;
— нежелание признавать свою оплошность или вину	“Я не виноват, что...”;
— склонность подчеркивать недостатки у других	“Беда его в том, что он”;
— неспособность принять похвалу	“Вы, конечно, на самом деле так не считаете”;
— низкая мотивация, отказ от попыток добиться какого то успеха:	“Меня это не интересует...”;
— плохая социальная адаптация, застенчивость и повышенная чувствительность к критике:	“Все против меня...”